CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal Prof. Sen. A. CARLE

Curriculum ed Elenco-Riassunto

delle Pubblicazioni del Dott. O. Uffreduzzi

TORINO
TIPOGRAFIA GIULIO DEL SIGNORE
Via S. Massimo, 31-33 - Telef. 43-52

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal Prof. Sen. A. CARLE

Curriculum ed Elenco-Riassunto

delle Pubblicazioni del Dott. O. Uffreduzzi

TORINO
Tipografia Giulio Del Signore
Via S. Massimo, 31-33 - Telef. 43-52

Curriculum del Dott. O. Uffreduzzi

Il dottore Ottorino Uffreduzzi, nato a Girgenti il 4 ottobre 1881, compiti gli studi classici, si iscrisse nella R. Università di Torino nell' anno 1899-900, vi conseguì la laurea nell' anno 1904-05 con pieni voti assoluti. Durante il periodo degli studi conseguì i premi seguenti: Pacchiotti (1° biennio), Pacchiotti (2° biennio), Sperino (R. Accademia di Medicina per il sessenio di studi), più due menzioni onorevoli nei concorsi Balbo, Bricco, Martini (1902 e 1903). Negli anni 1900-1901 e 1901-1902 frequentò come allievo interno l' Istituto di Anatomia normale (direttore il prof. Romeo Fusari). Negli anni 1902-03, 1903-04, 1904-05, fu allievo prima esterno e poi interno nell'ospedale Mauriziano Umberto I (Sez. Chirurgica diretta dal prof. sen. A. Carle).

Nel biennio 1906-08 conseguì in seguito a concorso un posto di perfezionamento biennale nell'ospedale Mauriziano Umberto I.

Nell'anno 1906 fu nominato assistente presso la Clinica chirurgica della R. Università e fu confermato successivamente sino al 1911, quando fu nominato **aiuto,** posto che occupa tuttora.

Nel 1910 conseguì in seguito a concorso il premio Zannetti, assegnato dalla Accademia medico-fisica e dalla Società Filoiatrica di Firenze, col lavoro: la « ritenzione del testicolo ».

Nell'anno 1911-12 tenne, come risulta dall' unito certificato del prof. A. Carle il *corso di esercizi pratici di medicina operatoria.*

Nell'anno 1912 consegui la docenza per titoli in patologia speciale chirurgica dimostrativa, corso che tenne regolarmente negli anni scolastici successivi ed in quello in corso.

Nello stesso anno tenne per incarico, comunicato alla facoltà, il corso di Semeiotica chirurgica per gli studenti del IV anno, corso che tenne regolarmente negli anni successivi e nell' anno in corso.

Nell'anno 1914 prese parte al concorso ***per titoli e per esami*** al posto di professore di Patologia chirurgica, Clinica chirurgica e Medicina operatoria nell'Università di Perugia. La Commissione, presieduta dal compianto prof. Roth e composta dai proff. Remedi, Tusini, Rossi e Pisenti, ebbe a pronunziare il seguente giudizio:

Uffreduzzi Ottorino. — Dal 1906 al 1911 fu assistente nella Clinica chirurgica di Torino, quindi fu nominato ed è attualmente ***aiuto*** nella Clinica stessa.

Nel 1912 ottenne per titoli la libera docenza in patologia chirurgica che esercitò nell'anno 1912-13.

Ha buona preparazione scientifica e clinica; la sua produzione è svariata e in parte assai pregevole. Alcuni lavori sperimentali sono degni di nota; altri anche se meno importanti, dimostrano una attitudine ed una coltura chirurgica notevole. Ha buone qualità didattiche e merita di essere tenuto in considerazione.

La Commissione, venuta in possesso degli elementi di giudizio su ciascun concorrente ne discute comparativamente il valore e..... omissis, ritiene unanime che su gli altri concorrenti emergono i tre seguenti: Dominici, Righetti, Uffreduzzi.

Dal 1915 al 1918 prestò servizio militare in zona di guerra come sottotenente, come capitano e come maggiore di complemento.

Nel 1919 fu nominato socio della R. Accademia di Medicina di Torino.

Elenco-riassunto delle pubblicazioni

del Dott. O. UFFREDUZZI

1905.

1. — **Un caso di peritelioma dell'ovaio (Haemangiosarcoma peritheliale ovarii).** *La Ginecologia*, anno 2, 1905.

Descrizione di un caso clinico (dodicesimo della letteratura, eliminate alcune osservazioni incerte) riferentesi ad una ragazza di 14 anni. Studio anatomo-patologico e istologico del tumore. Da rilevare in modo speciale l'età della paziente, assolutamente eccezionale e la straordinaria malignità del tumore, anche questa eccezionale per i tumori vasali, almeno secondo alcuni autori (Paltauf). Dal punto di vista istologico interessante la mancanza di cordoni cellulari neoplastici paralleli alla direzione delle fibre dell'impalcatura connettiva e la presenza di elementi giganti cellulari polinucleati che fanno propendere per la natura sarcomatosa del tumore.

1906.

2. — **Un caso di fibromioma dell'intestino tenue.** *Giornale della R. Accademia di Medicina*, Vol. XII, anno 69, fascic. 6 e 7.

Studio clinico anatomo-patologico ed istologico di un caso di fibromioma sviluppato dalle pareti dell'intestino tenue, particolarmente a spese della tonaca muscolare del digiuno e in degenerazione mixomatosa. La massa mixomatosa costituisce

i nove decimi della massa del tumore, che pesa Kg. 3,730. Nonostante il rapido accrescimento la diagnosi istologica stava per un tumore benigno ed il decorso ha confermato questo fatto, persistendo la guarigione ancora dopo 12 anni dall'operazione.

1907.

3. — **Ricerche sperimentali sull'operazione di Roux per le stenosi insondabili dell'esofago.** *Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino*, Vol. XIII, anno LXX, fasc. 5 e 6.

È stata sperimentata nel cane l'operazione proposta dal Roux e si è potuto subito confermare l'attecchimento e la vitalità dell'ansa portata nel sottocutaneo pretoracico, purchè la sezione del mesenterio venga fatta con la tecnica descritta dal Roux. È stato rilevato il pericolo che l'ansa intestinale stirata in alto possa strozzare il colon trasverso, e per evitare ciò fu usato l'accorgimento di lasciare molto lungo il tratto addominale dell'ansa, metodo che ancora oggi non é stato completamente lasciato da parte a vantaggio dell'altra modificazione più tardi proposta, di far passare l'ansa dietro il colon, attraverso una fessura del mesocolon. Sono state finalmente fino da allora messe in evidenza le grandi difficoltà, che s'incontrano per raccordare l'ansa trapiantata con l'esofago cervicale, difficoltà che neppure oggi, nonostante le numerose ricerche e le varie proposte, si possono considerare come superate.

4. — **Di alcuni metodi recenti di cura dell'endometrite cronica.** *Rassegna di terapia* Fasc. VIII, Febbraio, 1907.

Breve nota sul trattamento dell'endometrite colle medicazioni alla formalina, secondo Menge, e sul metodo Bier, applicato all'utero.

1908.

5. — **Processi infiammatori e processi ciclici dell'endometrio.** *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, Vol. XIV, anno 71, fascicolo 6.

Studio istologico sulla mucosa uterina ottenuta col raschiamento in un centinaio di casi circa e in quattro casi di mucosa normale, prelevata dal cadavere.

Furono riscontrate delle forme veramente infiammatorie caratterizzate da fenomeni regressivi delle ghiandole e da infiltrazione del connettivo da parte di elementi, tra cui particolarmente caratteristiche le cellule plasmatiche. Forme di cosiddetta endometrite ghiandolare, in cui manca qualsiasi caratteristica di fatti infiammatori ed anche di fatti patologici in senso stretto, in quanto che le modificazioni riscontrate nell'apparato ghiandolare non si differenziano dalle modificazioni cicliche che l'endometrio subisce nel periodo premestruale. Unico fatto patologico è piuttosto l'anormale persistere di queste condizioni anche oltre il periodo suddetto. Fatto messo fino da allora in rapporto con probabili lesioni ovariche, che ne turbano le funzionalità, sia come ghiandola genitale sia come ghiandola a secrezione interna. Infine casi con segni evidenti d'intensa proliferazione epiteliale con stratificazioni epiteliali, con riempimento dei tubi ghiandolari senza però atipia degli elementi e invasione del tessuto interstiziale. Questi casi pare debbano considerarsi come stadii adenomatosi della mucosa uterina, in cui vi è il substrato per una possibile degenerazione carcinomatosa.

1909.

6. — **Endotelioma linfatico del cavo nasale.** *La Clinica Chirurgica,* Annata 1909, n. 7.

Studio clinico ed istologico di un tumore sviluppato primitivamente nel cavo nasale e più esattamente dalla lamina cribrosa dell'etmoide. Per la sua struttura il tumore è identificabile ai linfo-angio-endoteliomi degli spazi linfatici. In alcuni punti assume una struttura tubulare che ricorda l'adenoma, in altri un aspetto cilindromatoso. Dal lato clinico è notevole la tendenza alle recidive in loco, senza invasione delle vie linfatiche o sanguigne.

7. — **La torsione del testicolo con speciale riguardo alla torsione del testicolo erniario.** *Giornale della R. Accademia di Medicina,* Vol. XV, anno 72, fasc. 1-2.

Studio di un caso clinico per alcune particolarità raro tra le molte osservazioni accuratamente raccolte.

Si tratta anzitutto non di un comune volvolo ma di una bitorsione di tutto il funicolo, che ha interessato inoltre nei giri di torsione un sacco erniario congenito ed una briglia di omento in esso contenuta. Il testicolo è in necrosi per intensa infiltrazione emorragica. Vien studiata accuratamente la patogenesi ed il meccanismo di questa affezione e qualche concetto è stato accettato dagli studiosi, che successivamente si sono interessati dell'argomento (Putzu, *La Clinica Chirurgica*, Anno 1912).

Vien richiamata l'attenzione sopra un sintomo differenziale di questa lesione non prima descritto e cioè sullo spostamento in alto del testicolo per accorciamento del funicolo. - Letteratura di 115 voci).

8. — **Contributo all'eziologia del flemmone enfisematoso con gangrena.** *Giornale della R. Accad. di Medicina di Torino*, Vol. XV, anno 72, fasc. 6-8, in collaborazione col Professore Mario Donati, cui appartengono le ricerche cliniche e bibliografiche.

Studio clinico e batteriologico di un caso di flemmone gangrenoso e gazoso del perineo. Le ricerche batteriologiche dirette specialmente alla ricerca degli eventuali germi anerobii, hanno dimostrato che l'infezione era dovuta esclusivamente ad un'unica forma anerobica identificabile col bacterium coli, di cui principale caratteristica era la prevalente tendenza alla anerobicità; per cui se il nostro caso dimostra che si può avere un flemmone gazoso anche all'infuori delle comuni specie anerobiche, d'altra parte pare che un rapporto si possa stabilire tra i caratteri gangrenosi, fetidi della lesione studiata e la spiccata anerobicità del batterio. Che questo fosse l'agente causale è dimostrato oltre che dal fatto che solo si è presentato nei primi strisci e solo si è sviluppato nelle prime colture, anche dalla prova della agglutinazione e dalla riproduzione sperimentale dell'affezione nelle cavie colle colture del germe.

9. — **Dell'ernia inguinale diretta della donna.** *Il Morgagni*, N. 11, anno 1909.

Un nuovo contributo di tre casi, di cui uno bilaterale, alla conoscenza di questa affezione, che pur non potendosi considerare come rarissima, tuttavia viene ancora da molti dimen-

ticata o messa in dubbio, tanto che nel trattato di De Dentu e Delbet, compilato da Jaboulai e Patel, si può ancora leggere che non esistono casi di ernia inguinale diretta nella donna nettamente descritti, e ciò quando le prime osservazioni del Cooper, Curling, Appleton, ecc., risalgono alla prima metà del secolo scorso. Dallo studio dei casi si desume una caratteristica che può spiegare la difficoltà di riconoscere quest'ernia, sia clinicamente, sia talvolta anche all'operazione; si tratta della presenza di formazioni di rinforzo nella parete posteriore del canale inguinale, specialmente nella parte più mediale, di modo che anche l'ernia diretta esce rasente ai vasi epigastrici, nella parte più esterna della fossetta media, ed ha un colletto stretto come l'ernia obliqua; non traversa infine, come nell'uomo, il canale inguinale direttamente dall'avanti all'indietro; per cui se durante l'intervento non si scoprono distintamente i vasi epigastrici, la diagnosi differenziale dall'ernia obliqua esterna può riuscire alquanto difficile.

1910.

10. — **Ermafroditismo vero nell'uomo.** *Giornale della R. Accademia di Medicina*, Vol. XVI, anno 73, fasc. 1-2.

11. — **Ermafroditismo vero nell'uomo.** *Archivio per le Scienze Mediche*, Vol. XXXIV, num. 13.

12. — **Ermafroditismo vero nell'uomo.** *Archivio di Psichiatria*, Vol. XXXI, fasc. 6, 1910.

Si tratta della quarta osservazione nota nella letteratura di una ghiandola sessuale duplice costituita cioè da un testicolo e da un'ovaia fusi insieme. L'ovaia è giunta ad un completo sviluppo e presenta, oltre a follicoli primordiali e a follicoli di Graaf all'inizio del loro sviluppo, un follicolo di Graaf maturo col cumulus proligerus e con la cellula uovo.

Il testicolo invece non presenta ancora alcun segno di maturazione ed è costituito da tubuli, raccolti in lobi, rivestiti da un unico strato di epitelio follicolare, non differenziato, ciò che del resto è normale per l'età del soggetto (sette anni). Vi è contemporaneamente un epididimo ed una salpinge.

I genitali esterni sono quelli di un maschio ipospadico, criptorchide, con mancata fusione delle due logge scrotali.

L'aspetto generale è femmineo, vi è contemporaneamente genu recurvatum e coxa valga bilaterale congenita.

Di questa osservazione è stato tenuto conto nelle successive pubblicazioni del Sinigallia (Accademia Medica di Modena 1915) e del Pick (Berliner Klin. Wöch 1915) ed è considerata tra le più complete e sicure osservazioni della letteratura.

13. — **La coxa valga e i suoi rapporti con la lussazione dell'anca.** *Archivio di Ortopedia*, Anno XXVII, fasc. 6, 1910.

Si tratta di uno studio d'insieme di questa deformità, non meno importante ed interessante della coxa vara e assai meno nota. Lo studio è basato, oltre che sulla letteratura, su due osservazioni proprie, l'una di coxa valga bilaterale congenita, l'altra di coxa valga luxans (Klap), che essendo stata sottoposta ad atto operativo ed a demolizione della testa, ha permesso lo studio radiografico ed istologico della testa lussata, in modo da potere escludere con certezza l'artrite deformante, colla quale spesso questa lesione vien confusa (Hesse). Lo studio della testa femorale infine ha permesso di spiegare con cause puramente statiche e di adattamento secondo la legge di Wolf, le alterazioni riscontrate e lo spostamento dei fasci compatti di trabecole ossee.

14. — **Liposomi e lipoidi nella cellula interstiziale.** *Giornale dell'Accademia di Medicina*, Vol. XVI, anno 73, fasc. 3-4, 1910.

Nota istologica sull'applicazione del metodo di Ciaccio per i lipoidi, allo studio della cellula interstiziale del testicolo.

Colla cromizzazione prolungata e rendendo incapaci ad assumere la colorazione i grassi comuni, si ottiene la colorazione col Sudan III dei granuli lipoidi (fosfatidi colesterina, ecc.) Si osserva che queste sostanze sono distribuite nelle cellule in granuli minuti raccolti in un unico ammasso in una parte del corpo cellulare, opposta al nucleo, che per lo più trovasi spinto alla periferia; talvolta la formazione ha forma semilunare ed abbraccia il nucleo colla sua concavità. Il fatto che queste granulazioni mancano nelle cellule interstiziali del feto e nella

cellula interstiziale del testicolo ectopico in notevole arresto di sviluppo, che non subiscono di solito le oscillazioni delle comuni granulazioni grasse, rendono verosimile l'ipotesi che si tratti di un vero organo cellulare, che possa eventualmente presiedere alla importante funzione ghiandolare della cellula interstiziale.

15 — **Contributo sperimentale alla conoscenza del testicolo ritenuto.** *Giornale della R. Accademia di Medicina*, Vol. XVI, anno 73, fasc. 1-2.

Ricerche sperimentali tendenti a stabilire se, trapiantando il testicolo con speciali accorgimenti e specialmente conservandogli immutato l'afflusso sanguigno, non sia possibile mantenere dei testicoli funzionanti anche fuori della sede normale e cioè nel canale inguinale, nel grasso pre-peritoneale, nel grasso sottocutaneo. Da queste esperienze risulta che, se si riesce a ridurre al minimo il trauma operativo, i maneggi sul funicolo e le deviazioni di questo, si possono avere dei testicoli ancora funzionanti; sebbene fuori della sede normale. Questi dati sperimentali non possono naturalmente avere la pretesa di aver riprodotto il quadro della ritenzione testicolare, ma tolgono valore alle esperienze di Griffiths, che hanno influenzato in modo troppo notevole i concetti dominanti sulla patologia del testicolo ritenuto e dimostrano come meno ancora che a noi, sia riuscito al Griffiths di riprodurre il quadro dell'ectopia testicolare e che i testicoli atrofici da lui prodotti sono il frutto del traumatismo operatorio, dell'alterata nutrizione della ghiandola, certo non soltanto dell'alterata posizione. È percio fallace la conclusione troppo semplicista che la ghiandola testicolare non possa funzionare fuori della sua sede normale e che alla posizione viziata sia dovuta l'atrofia del testicolo ectopico.

16. — **La ritenzione del testicolo.** *Memoria premiata dall'Accademia Medico-fisica e dalla Società Filoiatrica di Firenze col premio Zannetti, 1910.*

Conclusioni:

1. — Il testicolo ritenuto nella grandissima maggioranza dei casi è una anomalia congenita, un segno di arresto di sviluppo quasi mai isolato, ma accompagnato da fatti analoghi, di

grado più o meno notevole, interessanti sia i genitali, che gli altri organi, sia lo sviluppo fisico, che lo psichico.

2. — Le anomalie di struttura e l'atrofia sono generalmente un fenomeno concomitante alla anomalia della discesa, e non un prodotto della posizione viziata. Questa non è l'unico coefficiente di lesione del testicolo ritenuto e neppure il più importante. Se interviene, ciò si manifesta soltanto tardivamente, affrettando il ciclo evolutivo della ghiandola, provocando precocemente lesioni proprie della senilità nel testicolo.

3. — Ad affrettare però l'evoluzione del testicolo ritenuto verso lo stadio postfunzionale, contribuisce essenzialmente la scarsità dei tubuli, che subiscono un processo di evoluzione e la rapidità colla quale questo processo stesso si compie nella maggioranza dei tubuli, che non compie la spermatogenesi.

4. — La frequenza di tubuli con spermatogenesi completa nel testicolo ritenuto è certamente superiore a quanto comunemente si crede e si aggira probabilmente sul 10 0[0.

5. — Il testicolo ritenuto non è causa per sè stesso di disturbi, ma sono frequenti le complicazioni cui esso va soggetto, prima fra tutte l'ernia, poi la torsione, poi la degenerazione maligna.

6. — La persistenza del dotto vagino-peritoneale o l'ernia sono quasi costanti nella ritenzione del testicolo. Nei casi in cui l'obliterazione del processo vagino-peritoneale avviene, essa è assai limitata, e la vaginale ha dimensioni costantemente superiori alla norma, raggiungendo spesso l'orifizio interno del canale inguinale.

7 — La torsione è più frequente di quanto si crede, non capitando all'operazione. che i casi gravi con sintomatologia grave, mentre i casi lievi (coliche testicolari) e quelli che spontaneamente si risolvono, passano inosservati o inesattamente interpretati.

8. — È assolutamente certa una notevole tendenza del testicolo ritenuto a degenerare in neoplasma, sebbene questa sia stata alquanto esagerata.

9. — L'orchiopessia non corrisponde generalmente ai suoi scopi, perciò potrà essere eseguita, quando l'intervento sia stato necessario per qualche complicazione e specialmente per l'ernia, ma non sarà mai intrapresa come operazione di elezione

per la semplice ritenzione non complicata e specialmente poi è controindicata nei bambini e negli adolescenti.

I concetti esposti in questa monografia sono stati in complesso accettati dagli autori che si sono interessati dell'argomento dopo quell'epoca: ricorderò fra gli altri lo Hanusa (*Ergebseine del Chirurgie*, 1914) e A. Mc. Glannan (*Journal of the Am. Ass.*, 1914).

17. — **Valutazione dell' indennità per invalidità permanente in riguardo agli esiti lontani degli infortuni.** II° Congresso Internazion. degli Infortuni sul lavoro. Roma, 23-27 Maggio, 1909.

Considerazioni sulle difficoltà dell'apprezzamento sull'esito definitivo nelle lesioni a lunga evoluzione e sull'importante fenomeno biologico dell'adattamento degli infortunati alle mutilazioni, in grazia al quale spesso anche gravi lesioni finiscono per avere scarse ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'operaio. Viene richiamata l'attenzione sulla necessità di ottenere che la legge destinata a riparare le conseguenze degli inevitabili sinistri, che si accompagnano al lavoro, non divenga una legge addormentatrice di sane energie compensative, che si manifestano in tutti i fenomeni biologici.

1911.

18. — **Il potere fagocitario del siero dei carcinomatosi pel saccharomices neoformans di Sanfelice.** *Riforma Med.*, Anno XXVII, num. 45.

Ricerche sull'indice opsonico dei portatori di tumori maligni rispetto al saccharomices neoformans di Sanfelice praticati su 24 individui portatori di tumori maligni e su 48 individui sani: furono inoltre studiati altri 10 individui affetti da malattie non certamente neoplastiche. L'indice opsonico è aumentato rispetto al normale nel 70 % dei casi.

In una seconda serie sperimentale fu constatato che l'indice opsonico è aumentato negli animali inoculati col saccharomices neoformans e che questo aumento persiste anche se contemporaneamente gli animali presentano un tumore sperimentale.

Perciò in base a questi dati, anzichè concludere che il saccharomices neoformans è l'agente causale del carcinoma,

come altri sperimentatori avevano fatto, pare doversi piuttosto ammettere che si tratti di un'infezione concomitante, di cui però molti dati ci sfuggono.

19. — **Sul trapianto dell'ovaia nell'utero e sulla salpingostomia.** *Giornale dell'Accademia di Medicina*, Vol. XVII, anno 74, fasc. 4-5.

20. — **Studio sperimentale su alcuni interventi conservativi sui genitali interni femminili.** *Annali di ostetricia e ginecologia*, Anno 1911.

Studio sperimentale sulla possibilità di creare nuove vie di comunicazione fra l'ovaia e l'utero quando la via normale della salpinge sia preclusa. Le esperienze hanno dimostrato l'impossibilità di ottenere che un ovaia trapiantata nella parete uterina possa ovulare nella cavità. Non è stato inoltre possibile mantenere permanentemente aperti dei nuovi stomi salpingei. L'ovaia trapiantata nell'utero attecchisce e l'attecchimento persiste per lungo tempo e dopo due anni dall'innesto si possono ancora riscontrare numerosi follicoli primordiali e follicoli di Graaf. Viene studiato minutamente il comportamento delle singole parti dell'ovaia dopo il trapianto, particolarmente interessante il comportamento dell'epitelio germinativo, nelle ovaie bloccate da connettivo (formazione di lacune completamente tappezzate da epitelio, in cui possono rompersi i follicoli di Graaf maturi.

Importante il comportamento del tessuto interstiziale, il cui aumento non è in rapporto col valore funzionale della ghiandola interstiziale.

21. — **Il cistoadenoma papillifero della vagina e la sua probabile origine Wolffiana.** *La Ginecologia*, anno VIII, 1911.

Descrizione di un caso di cistoadenoma papillifero della parete anteriore della vagina, originato probabilmente dall'epitelio dei dotti di Gaertner, omologo probabilmente delle frequenti cisti semplici ed in rapporto con una più intensa tendenza dell'epitelio alla proliferazione. Si ha così una abbondante formazione di piccole cisti, dalle pareti delle quali si sollevano

delle papille dendritiche, clavate, rivestite da un unico strato di epitelio poligonale con qualche cariocinesi. Nella letteratura, le osservazioni di casi analoghi sono rarissime. Il tumore è stato estirpato, l'ammalata è guarita; la guarigione si manteneva dopo tre anni.

22. — **Sulla deviazione del collo femorale e sulla coxa valga.** *Archivio di ortopedia*, anno XX, fasc. 6, 1911.

Breve risposta alle obiezioni che Mauclaire muoveva negli *Archives Generales de Chirurgie* (maggio 1911) ad alcuni concetti svolti nel lavoro « La coxa valga ed i suoi rapporti con la lussazione dell'anca ».

23. — **Sull'azione dell'autolisato fetale sui trapianti di tessuti adulti.** *Pathologica*, n. 62, anno III, giugno 1911.

Con una serie di esperienze di trapianti di ovaia e di tiroide, i cui animali erano stati trattati con iniezioni di autolisato fetale oppure no, si è potuto dimostrare che l'autolisato ha un'azione istolitica generica lieve, che può riuscire efficace su elementi di labile vitalità: non ha azione specifica nè sulla cellula embrionale, nè sulla supposta affine cellula neoplastica.

1912.

24. — **Innesti neoplastici e autolisati fetali e neoplastici.** *Pathologica*, n. 86, anno IV, giugno 1912.

Con una nuova serie di esperienze, nelle quali sono state sottoposte al trattamento con l'autolisato animali innestati di sarcoma molto virulento, si è potuto dimostrare che il potere istolitico dell'autolisato non ha più efficacia quando si tratti di tessuti con alta vitalità, non è più sufficiente a frenarne l'attecchimento e l'accrescimento.

25. — **Esperienze sull'operazione di Roux (esofago-digiuno-gastrostomia) per via endo toracica** (in collaborazione col Dottor G. Giordano) *Giornale della R. Accademia di Medicina*, Vol. XVIII, anno 75.

Date la difficoltà di abboccare il capo superiore dell'intestino trapiantato all'esofago cervicale, dimostrata del resto già

in una prima serie di esperienze (1907), si è pensato di eseguire il metodo di Roux per via endotoracica, cioè portando l'ansa, non già sotto la cute toracica, ma nel mediastino ed abboccandolo subito al moncone superiore dell'esofago. L'operazione nei cani è riuscita in parecchi casi, sebbene la mortalità per infezione sia piuttosto alta. Si può contare sulla vitalità dell'ansa solo se il trapianto non oltrepassa il terzo inferiore dell'esofago.

26. — **Serramento delle mascelle da ossificazione del muscolo massetere.** *Clinica Chirurgica*, 1912, n. 9.

Studio di un caso di miosite ossificante del muscolo massetere consecutivo a trauma, operato di estirpazione della massa ossificata. Considerazioni sulla patologia della miosite ossificante e studio della questione dal punto di vista infortunistico.

27. — **Die Pathologie der Hodenretention.** *Archiv für klinische Chirurgie*, 1912.

28. — **Die Behandlung der Hodenretention.** *Zeitschrift für Urologie*, 1912, Band VI.

29. — **Sui trapianti liberi di fascia lata.** *Giornale della R. Accademia di Medicina.* Vol. XVIII, anno 75, Serie 4.

Breve esposizione di tre gruppi di esperienze di lunga durata sull'uso della fascia lata, come materiale da trapianto, per sostituire ampie perdite di sostanza nella parete muscolare e muscolo-peritoneale dell'addome, per sostituire le perdite di sostanza del cranio e della duramadre, per mantenere infine in contatto i capi ossei nelle fratture.

30. — **La torsione del grande omento.** *Giornale della R. Accademia di Medicina,* Vol. XVIII, anno 75, serie quarta.

Studio clinico di un caso di torsione addominale parziale del grande omento con riflessione in alto del segmento torto, quindi torsione anomala, di cui solo due esempi non perfettamente simili si riscontrano nella letteratura.

1913.

31. — **Esperienze sulla chirurgia dell'aorta toracica con narcosi ad insuflazione intra-tracheale continua** (in collaborazione col Dott. G. Giordano). *Giornale della R. Accademia di Medicina*, Vol. XIX, anno 76, serie 4ª.

Si tratta di esperienze praticate sul cane, in cui venne incisa e suturata l'aorta toracica longitudinalmente e trasversalmente nonchè sezionata totalmente e poi suturata capo a capo mediante una modificazione del metodo di Carrel, che rende la tecnica più rapida, in modo da consentire che l'operazione venga compiuta nel breve periodo di tempo, nel quale è tollerata la occlusione del vaso. È stata così sperimentalmente dimostrata la possibilità di praticare sull' aorta toracica i vari interventi che si praticano attualmente per le varie lesioni delle altre arterie, purchè l'intervento rimanga nei limiti di tempo nei quali è tollerata l'occlusione dell'aorta al disotto del distacco dei vasi, che irrorano i centri nervosi.

32. — **Abänderungen an der Roux' schen Gastro-Jejuno-ösophagostomie** (in collaborazione col Dott. G. Giordano). *Zentralblatt für Chirurgie*, 40 Jahrgang.

Breve descrizione di due modificazioni al metodo di Roux la prima extra-toracica, la seconda endo-toracica.

33. — **Sulla lussazione congenita ed aquisita del capitello radiale.** *Archivio di Ortopedia*, Vol. XXX, 1913.

Lo studio di questa deformità è basato su tre casi osservati. Il primo si riferisce ad una pronazione dei neonati, da lesione epifisaria del radio, con sublussazione. Il secondo si riferisce ad una lussazione posteriore del radio con radius curvus. Il terzo riguarda un'interessante lesione del radio, in cui alla lussazione antero-laterale del capitello radiale si è pure aggiunta una torsione secondo l'asse longitudinale del radio, per cui vi è impedimento alla flessione oltre l'angolo retto e impedimento alla supinazione. Fu sottoposto alla decapitazione del capitello radiale ed alla osteotomia della diafisi del radio all'unione del terzo superiore col terzo medio. Il risultato fu perfetto, avendo

l'ammalato ottenuto la flessione completa dell'avambraccio sul braccio e la completa supinazione. Per quanto si riferisce alla lussazione traumatica viene raccomandata, in base al risultato di un caso operato con successo, la cura cruenta conservativa (riduzione e capsulorafia) invece della decapitazione comunemente usata.

34. — **Innesti di tumori e autolisato fetale e neoplastico.** *Archivio Tumori*, anno II, fasc. 4°, 1913.

Premesse alcune obiezioni teoriche alla concezione patogenetica sui tumori proposta dal Fichera, viene esposta una serie di esperienze i cui risultati concordi dimostrano come nelle varie serie di ratti innestati di sarcoma, nessuna differenza apprezzabile vi sia nè per quello che si riferisce all'attecchimento, nè per quello che si riferisce all'ulteriore evoluzione, tra ratti trattati con l'autolisato sia fetale sia neoplastico, sia infine con entrambi, e ratti di controllo non sottoposti ad alcun trattamento. Queste ricerche ebbero completa conferma in un lavoro definitivo per la perfezione tecnica e per il numero delle esperienze del Prof. Morpurgo (Archivio scienze mediche, anno 1916).

35. — **Rendiconto statistico delle operazioni eseguite negli anni 1909-1913.** Torino, Tip. G. Del Signore, 1913.

Il rendiconto comprende 918 operazioni con 12 morti. I casi più importanti sono riferiti particolarmente. Precede un cenno sulla tecnica generale chirurgica usata.

36. — **Operazioni tipiche sui genitali femminili.** (Appendice alla traduzione del *Trattato di Schmieden*. Corso di operazioni chirurgiche. Unione Tip. Edit., 1913). Viene unito ai titoli in bozze essendo il Trattato completamente esaurito.

1914.

37. — **Sulla cosiddetta rigenerazione del testicolo.** Unione Tipografica Editrice, 1914.

Ricerche sperimentali destinate a determinare se all'atrofia del testicolo, che segue ad alcuni interventi sia sul funicolo, sia sulla vaginale, sia sul testicolo stesso, succeda una rigenerazione,

eventualmente aiutata dal cessare delle cause nocenti; così l'atrofia che segue alla legatura del deferente si stabilisce lentamente e va progressivamente accentuandosi, senza che sia possibile scoprire alcun accenno alla rigenerazione della ghiandola nelle parti già atrofizzate. Neppure il ristabilire la pervietà del deferente, con un'anastomosi, favorisce lo stabilirsi di fenomeni rigenerativi nel testicolo. Conclusioni analoghe si possono ritrarre con varie legature vasali nel funicolo, colla sinorchidia e coll'asportazione del foglietto parietale della vaginale.

Con quest'esperienze si è pure potuto confermare che l'arteria spermatica, pure avendo delle anastomosi con la deferenziale, deve considerarsi come un'arteria funzionalmente terminale; che la sua lesione dà luogo all'atrofia del testicolo, definitiva ed irreparabile e che lo sperare in un'ipotetica futura rigenerazione del testicolo non può che suscitare, nel campo clinico, speranze infondate e indurre ad interventi lesivi, la cui conseguenza sarà l'atrofia irreparabile del testicolo.

38. — **Contributi alla Chirurgia sperimentale degli organi del mediastino.** *Il Policlinico* (Sez. Chirurgica), vol. XXI, C, 1914.

Comprende una lunga serie di esperienze di chirurgia toracica praticate coll'apparecchio per l'insuflazione intratracheale di Meltzer-Auer, modificato dal Dott. G. Giordano. Esperienze sull'esofago toracico e sull'aorta toracica già sopra ricordate. Una lunga serie di ricerche sulla chirurgia del dotto toracico e sull'anatomia di questo, studiata coll'iniezione di Gerota e sul ristabilimento del circolo collaterale dopo la legatura del dotto nel torace. Sono pure riportate le esperienze sulla chirurgia dell'arteria polmonare e delle vene cave, e infine sulla chirurgia dei nervi intercostali e dei gangli spinali, dimostrando la possibilità di praticare l'operazione di Francke per via endotoracica, col vantaggio di strappare certamente il ganglio e di facilitare notevolmente lo scoprimento dei nervi.

39. — **Il distacco epifisario inferiore del femore e la sua cura cruenta.** *Il Policlinico* (Sez. Chirurgica), Vol. XXI, C, 1914.

Accennato alla necessità di ottenere in questa lesione una riduzione più perfetta possibile per evitare disturbi tardivi nell'accrescimento, e rilevate le difficoltà di ottenere questa

riduzione con mezzi incruenti, sono riportati i casi della letteratura sottoposti ad intervento cruento. Viene illustrato un caso in cui vi era il distacco epifisario con lo spostamento tipico dei frammenti, cui si aggiungeva un lieve spostamento laterale. Fallita la riduzione incruenta, si procede all'intervento mediante un'incisione verticale esterna, che dà luce sufficiente per la riduzione dei frammenti. La riduzione viene mantenuta con un'ansa di filo metallico, che interessa solo un terzo dello spessore dei monconi: risultato perfetto, controllato radiograficamente; il bambino dopo 32 giorni dall'intervento e 42 dalla frattura può già camminare e flettere il ginocchio oltre l'angolo retto. Sperimentalmente è stato riprodotto il distacco epifisario inferiore del femore del coniglio, dimostrando l'impossibilità di provocarlo con la trazione, mentre riesce facile otterlerlo con un forte movimento di iperestensione, anche senza movimenti di. torsione. Lo spostamento è tipico.

40. — **Surgical treatment of pulmonary Tuberculosis.** *International Journal of Surgery,* Vol. XXVII, num. 8, 1914.

Breve rivista sui vari metodi chirurgici usati per intervenire in alcuni casi di tubercolosi chirurgica. Vengono ricordate le varie operazioni sulla parete toracica, sulla prima costa, ecc. Vengono infine riferite alcune esperienze sulla frenicotomia, praticate sul cane, che hanno permesso di dimostrare dopo questo intervento, come pur mettendosi il diaframma in posizione di massima espirazione, il polmone, sovrapposto a questo, non presenta alcun segno di compressione nè alcun'altra modificazione. Se si pensa che il polmone ammalato offre alla pressione una cedevolezza anche minore di quello sano, si deve concludere che questo intervento non trova alcun conforto nell'esperimento.

Ricerche più recenti del Silvestrini, confermavano pienamente questi dati.

41. — **Trapianti nervosi nella paralisi dei nervi del laringe.** *Policlinico* (Sez. pratica), 1914 (in collaboraz. col Dott. Serafini).

42. — **Il radio e le sue applicazioni terapeutiche.** *Minerva medica,* Anno VI, num. 23. Rivista sintetica.

43. — **L'uso dei vapori di jodo per la cura della tubercolosi chirurgica.** *Minerva medica,* Anno VI, num. 15.

Nota pratica sull'impiego dei vapori di jodo nelle lesioni tubercolari mediante un apparecchio semplificato, con particolari sulla tecnica da usare nelle varie forme di tubercolosi chirurgica e con riferimento di vari casi.

1915.

44. — **Un contributo alla conoscenza dell'epilessia riflessa. Trauma renale ed epilessia.** Vol. in omaggio al Prof. Poggi, 1915.

Lo studio di un caso di epilessia riflessa, manifestatasi dopo un grave trauma renale e guarito dopo l'estirpazione di una cisti renale traumatica, e dopo la nefropessi, dà occasione ad una revisione delle nostre conoscenze sul campo dell'epilessia riflessa, il cui concetto fondamentale è ancora di difficile ed incerta delimitazione.

45. — **Concetto moderno della patologia dell'ectopia testicolare e sue applicazioni terapeutiche.** *Rivista di clinica pediatrica,* Anno XIII, num. 1.

I fatti sui quali erano basate le indicazioni operatorie precoci del testicolo ectopico non hanno resistito alla critica. L'importanza eccessiva data alla posizione viziata per le sue ripercussioni sullo sviluppo del testicolo, viene dimostrata esagerata in base a fatti clinici, sperimentali e filogenetici, che permettono di dimostrare come in qualsiasi sede si possano avere testicoli funzionanti; perciò cade il fondamento dell'operazione precoce, di cui del resto sono pure incerti i risultati. Dalle nuove concezioni si desumono nuove indicazioni pratiche, che sconsigliano l'intervento prima della pubertà, lasciando così alle forze naturali il compito di correggere la deformità, se questo è ancora possibile. Fa eccezione a questa regola l'intervenire di fatti di torsione, lo sviluppo di un tumore, la presenza di un'ernia concomitante, strozzata, o per lo meno con tendenza allo strozzamento.

46. — **Chirurgia di guerra** (Rivista scientifica). *Minerva medica,* Anno VII, num. 2.

1916.

47. — Sul trapiantamento di lembi colorati di fascia lata.

Per studiare il comportamento del lembo di fascia lata dopo il trapianto, venne usata la colorazione vitale col litiocarmino o coll'azzurro di isanamina nel seguente modo: I° colorando il lembo prima del trapianto, lasciandolo per ventiquattro ore in ghiaccio nella soluzione Lodke, alla quale è stata aggiunta la sostanza colorante e studiandone l'evoluzione con l'aiuto di quegli elementi che hanno assunto il colore vitale e lo conservano, ciò che permette così di riconoscere facilmente il lembo trapiantato e le sue parti. II° aggiungendo alla tecnica su ricordata la colorazione vitale dell'ospite coll'iniezione di un diverso colore, in modo da poter conoscere intorno al lembo, ed eventualmente dentro di esso, le cellule pirroliche del lembo e quelle dell'ospite, nonchè i limiti della penetrazione di quello da parte di quest'ultimo. Si è così potuto dimostrare la reale sopravvivenza del lembo, almeno per la più gran parte di esso; la scarsa penetrazione in esso della proliferazione fibroangioblastica dell'ospite, il tardivo adattamento del lembo alle sollecitazioni funzionali inerenti alla sua nuova sede.

48. — Incongruenza articolare e artrite deformante del gomito. *La radiologia medica*, Vol. III, fasc. 9-10.

Contributo allo studio della patogenesi dell'artrite deformante secondo i concetti del Preiser: nel caso in questione la incongruenza articolare, anzichè ad un trauma, era dovuta ad una grave deformità congenita e cioè al gomito valgo ed alla sublussazione del capitello radiale. Come espressione del grave fatto artritico si riscontrano dei corpi liberi articolari. Fu trattato coll'artrotomia posteriore e coll'estrazione di un voluminoso corpo libero.

49. — Sul modo di drenare alcune articolazioni in caso di artrite purulenta. *Minerva medica*, Anno VIII, num. 18-20.

Contributo alla tecnica della chirurgia conservatrice nelle gravi infezioni articolari da ferita d'arma da fuoco. Sono prese in particolare considerazione le ferite infette del ginocchio, della

spalla e specialmente del piede, riportando vari esempi di conservazione di arti gravemente compromessi dalla sepsi articolare.

50. — **Note di chirurgia di guerra.** *Minerca medica*, Anno VII, num. 21-23.

1917.

51. — **Sulle ferite penetranti del cranio e sul prolasso del cervello.** *Giornale di Medicina Militare*, Anno LXV, fasc. 7.

Considerazioni sulle ferite penetranti del cranio, con speciale riguardo alle infezioni, desunte dai numerosi casi osservati ed operati. Viene rilevata là necessità di sbrigliare le ferite del cuoio capelluto, che possono nascondere gravi lesioni profonde. Viene ricordata la relativa innocuità dei focolai di fratture chiuse e certamente asettiche. Si insiste sulla necessità di non aprire la dura madre; quando il trauma l'ha rispettata, salvo casi eccezionali d'indicazione vitale. Il prolasso del cervello deve considerarsi come un tentativo di difesa da parte dell'organismo, tendente a diminuire la pressione endocranica e ad espellere dal cranio quelle parti che più spesso sono sede dell'infezione. La necrosi del prolasso non è dovuta sempre allo strozzamento, ma spesso a trombosi vasali infettive. Donde là necessità di non ostacolare il prolasso, ma di favorirne anzi il libero espandersi con ampie trapanazioni. Il prognostico delle ferite cerebrali dipende esclusivamente dalla infezione: il prolasso non lo offusca se non in quanto è segno d'infezione. I corpi estranei devono possibilmente venire allontanati, ma sempre seguendo la via percorsa dal proiettile. Creare nuove vie anche se più brevi, è sempre pericoloso. Col proiettile devono venire estratte tutte le scheggie ed i corpi estranei, altrimenti l'infezione non sarà evitata. I corpi estranei inveterati devono venire allontanati solo quando vi sia una netta indicazione per disturbi obbiettivabili, mai per vaghe indicazioni profilattiche. Questi concetti sono, in gran parte, stati accettati dagli autori che si sono interessati dell'argomento (Francini).

52. — **Servizi chirurgici e chirurgia di guerra dopo il secondo anno di campagna.** *Minerva medica*, Anno IX, fasc. 1-2-3-6.

1918.

53. — **Tubercolosi cronica e ipertrofia vicariante nel rene. Sul comportamento del rene superstite alla nefrectomia nelle tubercolosi renali bilaterali.** *Lo sperimentale*, Anno LXXII, fasc. 3 e 4.

Le esperienze alle quali si riferisce questo lavoro furono praticate negli anni 1913, 1914 e nei primi mesi del 1915. Solo nel 1918 è stato possibile riordinarle e pubblicarle. Lo studio sperimentale riguarda la combinazione dell'infezione tubercolare coll'ipertrofia vicariante e la loro reciproca influenza. L'ipertrofia vicariante fu ottenuta rapidamente con la nefrectomia di un rene, oppure lentamente con l'atrofia progressiva ottenuta mediante la legatura dell'uretere. L'infezione tubercolare fu ottenuta con l'iniezione di materiale tubercolare nel parenchima renale. Con questo mezzo si ottengono le lesioni che maggiormente rassomigliano alla forma clinica di tubercolosi cronica e si può meglio dosare la gravità e l'estensione della lesione. Risultato di quattro serie di esperienze è la dimostrazione della benefica influenza che l'ipertrofia vicariante esercita sul processo tubercolare, influenza che va dalla completa guarigione delle lesioni tubercolari, ottenuta in qualche caso, al rallentamento della progressività della malattia, alla stimolazione dei processi d'incapsulamento e di sostituzione del tubercolo. I risultati di queste esperienze vennero completamente confermati in un lavoro del Dott. G. Forni (*Archivio Italiano di Chirurgia*, Vol. I, fasc. 1) comparso nell'anno in corso, il quale, con tecnica poco dissimile, ha sperimentato nello stesso campo.

54. — **Sulle ferite extra peritoneali dell'intestino.** *Giornale di Medicina Militare*, Fasc. 9, 1918.

Un contributo alla conoscenza delle ferite dell'intestino, in quei tratti di esso, che non comunicano colla cavità peritoneale. Descrizione di alcuni casi, tra cui una ferita della parte extra peritoneale del duodeno, da considerare come rarissima.

55. — **L'implantation périphérique totale du nerf laryngien inférieur sur le pneumogastrique.** *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*. 28 année, n. 3 (In collaborazione col dott. G. Serafini).

Esperienze d'impianto del nervo ricorrente sul tronco del pneumogastrico. Con vari metodi è stata ricercata nel tronco del pneumogastrico la sede del fascetto del laringeo inferiore e in esso è stato impiantato il moncone periferico del laringeo stesso, oppure dal pneumogastrico è stato esciso un lembo, in cui fosse compreso il fascetto del ricorrente ed il lembo suturato capo a capo col moncone periferico del laringeo. Con questo mezzo in cani già afoni per la sezione del nervo ricorrente, si è potuto ottenere una completa reintegrazione della funzione, constatata col ritorno dell'abbaiamento normale, coll'esame laringoscopico che ha permesso di seguire il graduale ritorno nei movimenti di adduzione e abduzione della corda vocale corrispondente: colla stimolazione elettrica del nervo pneumogastrico sopra il punto dell'impianto, che provoca la contrazione della corda vocale, mentre nessun movimento si osserva colla stimolazione al disotto dell'impianto; coll'esame istologico che ha permesso di dimostrare la penetrazione delle fibre del pneumogastrico nel ricorrente attraverso l'impianto.

Queste esperienze venivano da noi comunicate alla R. Accademia di Medicina nel 1914. Solo nel 1916 Hoessly proponeva per la paralisi del ricorrente l'anastomosi di questo con lo spinale, ma noi crediamo di dover insistere nella nostra proposta poichè è evidente ad ognuno il vantaggio di ridare al nervo laringeo la continuità col suo stesso fascio centrale, e non con un altro tronco a funzione assolutamente differente. In secondo luogo non può essere priva d'inconvenienti l'abolizione della funzione di uno dei due rami del nervo spinale.

1919.

56. — **La resezione secondo Obalinski nelle artriti purulente del tarso.** *Chirurgia degli organi di movimento*, Vol. III, fasc. 1, Febbraio, 1919.

Nelle artriti purulente del tarso è stata applicata la resezione secondo Obalinsky, per drenare il processo suppurativo. In caso di partecipazione dell'articolazione tibio-astragalica, questa può venire ugualmente drenata coll'asportazione dell'astragolo sempre attraverso la breccia creata colla bipartizione del piede alla Obalinski. Vengono riportati ed illustrati tre casi in cui il metodo fu applicato con ottimo risultato.

57. — **Complicazioni chirurgiche nel decorso dell'influenza.** *Minerva medica*, 1919, num. 1-2.

Mentre in alcune regioni l'epidemia influenzale non ha dato luogo che a complicazioni polmonari, come, per esempio, risulta dalla relazione del Pontano, da noi le localizzazioni chirurgiche furono assai svariate e frequenti. Vengono ricordate le localizzazioni ghiandolari (adeniti suppurative sotto-mascellari, adeniti iliache profonde, strumiti purulente) le localizzazioni muscolari (psoiti purulente), le localizzazioni pleuro-polmanari caratterizzate da frequentissimi empiemi meta-pneumonici e da ascessi polmonari. Vengono infine ricordati i frequenti ascessi da fissazione nei punti dove furono praticate iniezioni, ipodermoclisi, salassi, ecc.

58. — **Sull'uso locale e generale di sieri polivalenti nella cura delle infezioni chirurgiche.** *Archivio Italiano di Chirurgia*, Anno I, fasc. 2.

Studio sull'efficacia del siero nel trattamento locale e generale delle infezioni chirurgiche. Le ricerche sperimentali, riunite in quattro serie, si riferiscono al potere d'inibizione del siero polivalente allo sviluppo culturale dei vari germi per i quali è preparato, al potere di stimolazione della fagocitosi, al potere antitossico e antibatterico studiato con iniezioni in animali recettivi per le varie infezioni. Vengono infine riferite le impressioni in complesso favorevoli desunte dall'uso del siero in oltre cinquecento feriti. Viene pure tracciato un programma di ricerche per il perfezionamento di questo mezzo terapeutico e per la sua applicazione alla chirurgia comune.

59. — **Calcolosi dell'uretere.** *Archivio Italiano di Chirurgia*, Vol. I, fasc. 2.

Studio di un caso di calcolosi ureterale operato colla ureterolitotomia senza sutura.

60. — **Note sulla terapia della calcolosi renale.** *Minerva Medica*, Anno 1919.

Contributo in favore della pielotomia senza sutura, come operazione di elezione nella calcolosi renale.

61. — **Ricerche sui trapianti ossei (trapianti colorati, trapianti perforati).** Comunicazione alla R. Accademia di Medicina di Torino il 5 Dicembre 1919.

Studio sperimentale sui trapianti ossei preventivamente colorati coi colori vitali, e sui trapianti ossei, specialmente di perone, con perforazioni destinate a mettere rapidamente in contatto il midollo osseo coll'ambiente, ed a permettere un rapido scambio nutritizio tra le parti profonde dell'innesto e l'ospite. Un caso clinico nel trattamento del quale furono applicati i risultati di queste esperienze viene illustrato.

62. — **Rendiconto statistico delle operazioni eseguite negli anni 1914-1919.**